

◆診療情報提供書 (PET/CT検査依頼書) ◆

(貴院控)

〈紹介先〉

西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター 宛

サテライトクリニック PET/CT 佐世保 宛

記入日 年 月 日

患者様	フリガナ		男性	体重		紹介元医療機関	医療機関名	
	氏名						診療科	
	生年月日	昭和 年 月 日	歳				担当医師	⑩
	住所	〒					住所	〒
	TEL	自宅					TEL	
		携帯・その他 ()				FAX		

◎必ず保険適用条件をご確認頂き、傷病名とチェックをお願いします(いずれかに該当すること)。

PET 受診歴 <input type="checkbox"/> あり (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし			
臨床診断 (傷病名)	※早期胃癌を除く。疑い病名は適応外となります。	検査目的 (紹介目的)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索
保険適応条件	<input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により病期診断、転移再発の診断が確定できない。 <input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により悪性腫瘍の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない。 <input type="checkbox"/> 病理診断が困難だが、他の検査、画像診断、臨床経過より高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断。 <input type="checkbox"/> 生検、画像診断などで転移巣が疑われ、かつ腫瘍マーカーの上昇など悪性腫瘍の存在を疑う。		
◎既往歴、症状経過および検査結果、治療経過、家族歴、現在の処方など ※必ずご記入ください			

腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 測定 () <input type="checkbox"/> 未測定
画像診断検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI ★PET検査前1週間以内に胃透視、注腸施行時検査不可
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 実施 () <input type="checkbox"/> 未実施(理由:)
化学療法	<input type="checkbox"/> 有 最終期間() <input type="checkbox"/> 無
放射線治療	<input type="checkbox"/> 有 最終期間() <input type="checkbox"/> 無
備考・その他	

◎検査前の確認事項 (患者さまの状態をお知らせください。)

現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (階 棟)	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	空腹時血糖	mg/dl ★高血糖の場合、偽陰性になりやすい。検査続行は <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
O ₂ 使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
告知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
20分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 仰臥位不可 <input type="checkbox"/> 不可	★20分静止不可の方は検査できません。	

お願い

◎必要事項を記載いただき、捺印後に郵送またはFAXにてお申し込みください。

また、FAXの場合は必ず原本の郵送をお願い致します。

◎保険の適応の可否、検査日時などが決定しましたらご連絡致します。

◎CT・MRIなどの参考画像がございましたら、持参もしくは郵送でご準備願います。

申込み・問い合わせ

FAX: 0957-25-1288 TEL: 0957-25-6666 (代)0957-25-1150

医療法人 祥仁会 西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター 〒854-0063 諫早市貝津町3015